Ueber

Blasenscheidenfisteln

mit besonderer Berücksichtigung eines

in der Tübinger Frauenklinik operierten Falles.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Professor Dr **A. Döderlein**

o. ö. Professor der Geburtshilfe, Vorstand der geburtshilflichen Klinik zu Tübingen etc.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Anton Cramer, approb. Arzt

aus Jade (Grossherzogtum Oldenburg).

ACAD. MED. BAT. KIEL

Tübingen.

Verlag von Franz Pietzcker.

1899.

Druck von Otto Riecker's Buchdruckerei, Tübingen.

Meinen lieben Eltern.

Nachdem das Gebiet der Urogenitalfisteln beim Weibe in Bezug auf Untersuchungen und Operationen in den Hauptpunkten seit der Mitte dieses Jahrhunderts zum Abschluss gekommen war, war man eifrig darauf bedacht, durch Vervollkommnung der Technik das von Anfang an erstrebte Ziel, nämlich die Heilung auf direktem Wege, zu erreichen. Schon A. Benckiser [1]) hat an der Hand einer von F. L. Neugebauer [2]) aufgestellten statistischen Zusammenstellung über Vesico-Uterinfisteln auf den Rückgang der Colpo-, beziehungsweise Metrokleisis zu Gunsten des unmittelbaren Nahtverschlusses aufmerksam gemacht; denn während in dem Zeitraum von 1849—1868 22 auf indirektem Wege operierte nur 4 direkt behandelten Blasenscheidenfisteln gegenüberstanden, betrug dieses Verhältnis in den Jahren 1870—1888 schon 47 : 22. In den folgenden Jahren trat die unmittelbare Naht auf diesem Gebiete immer mehr in den Vordergrund, wie die immer wachsende Anzahl von glücklichen Fällen in dieser Hinsicht in der Litteratur beweist, ja in der allerjüngsten Zeit werden sogar Stimmen [Romm [3]), Kahn [4])]

1) A. Benckiser. Ueber direkte Naht der Vesico-Uterinfisteln nach Abtrennung der Blasenwand. Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäk. XXV. 1893.

2) F. L. Neugebauer. Archiv für Gyn. XXXIII—XXXV.

3) Romm. Vier Blasenscheidenfisteln, operiert nach dem neuen Verfahren von W. A. Freund. Centralblatt f. Gyn. 1899, No. 7, I.

4) Kahn. Noch zwei Fälle von Vesico-Vaginalfisteln, operiert nach W. A. Freund. Centralblatt f. Gyn. 1899, No. 7, II.

laut, die jetzt definitiv die Colpokleisis aus der Zahl der operativen Eingriffe bei den Blasenscheidenfisteln ausgeschieden wissen wollen und als Ersatz für das Ultimum refugium das Freund'sche Operationsverfahren setzen. Zum richtigen Verständnis der augenblicklich in Anwendung kommenden Heilverfahren bei Urinfisteln der Frau ist aber ein kurzer geschichtlicher Rückblick unbedingt erforderlich.

Wunderbarerweise hat man sich mit diesem so qualvollen Leiden sehr spät beschäftigt, zumal dasselbe ein uraltes Gebrechen sein muss, wenn es auch infolge der rascher verlaufenden Geburten nicht so häufig vielleicht vorgekommen ist. Die erste Beschreibung rührt von Severinus Pinaeus am Ende des sechszehnten Jahrhunderts her, und die ersten Andeutungen einer blutigen Vereinigung findet man schon bei Ludovicus Merkatus (1608), einem spanischen Arzt, der derartigen Fisteln in seinem Werke »De communibus mulierum affectionibus« ein eigenes Kapitel: »De uteri fistulis« eingeräumt hat. Aber auch nach dem Bekanntwerden dieses Gebrechens in der sich dafür interessierenden Welt sollte der Entwicklungsgang in der Behandlungsweise infolge falscher Beurteilung der dabei in Betracht kommenden Verhältnisse von Seiten der sich damit Beschäftigenden ein sehr langsamer sein. Nach den ersten wirklichen Heilversuchen vermittels Aetzungen und später vermittels Scheidentamponade in Verbindung mit dem Einlegen eines Katheters in die Blase wurde die schon von Hendrik van Roonhuyzen (1663) empfohlene, aber leider wieder in Vergessenheit geratene operative Behandlung der Fistel durch Anfrischung und Naht im Anfange dieses Jahrhunderts von Naegele wieder in Erinnerung gebracht und von andern dann auf mannigfache Weise modifiziert. Auch die Transplantation mit Benutzung von Haut

der verschiedensten Körperteile kam in Anwendung. Aber die Erfolge konnten zu dieser Zeit den Erwartungen aus dem einfachen Grunde nicht entsprechen, weil man keinen einheitlichen Plan zwecks Heilung verfolgte, sondern ziellos herumirrte und bald auf dieses, bald auf jenes verfiel. Erst durch die bekannte, von Jobert de Lamballe vorgeschlagene »méthode autoplastique par glissement« (1849) trat ein bedeutender Umschwung zum Bessern ein, indem man, anfänglich noch unwissentlich, das that, worauf es ankam, nämlich Freilegung des Operationsfeldes und breite Anfrischung.

Das Hauptverdienst in der Förderung der Harnfistelbehandlung beim Weibe gebührt aber den Amerikanern Marion Sims und seinem Schüler Bozemann, den Begründern der sogenannten amerikanischen Methode. Durch Reisen auf dem Kontinent haben sie persönlich für die Verbreitung ihrer Methode, die ihre Vorteile in der ausgezeichneten Freilegung der Fistel durch entsprechende Lagerung und vermittels Rinnenspecula, in einer sehr zweckmässigen Anfrischung und in der Einführung des Silberdrahtes hatte, gesorgt und dadurch das Augenmerk anderer Operateure auf das in Misskredit stehende Operationsfeld gelenkt. Nachdem so die zur Erzielung einer Heilung erforderlichen Grundbedingungen erkannt und verbreitet worden waren, war es besonders Simon in Rostock, der sich eingehender mit dieser Operation beschäftigte und sie theoretisch und praktisch vervollkommnete. So zeigte er seiner Mitwelt, dass eine exakte Anfrischung und sorgfältigste Naht von der grössten Bedeutung, dagegen die Art des Nahtmaterials, wenn nur zweckmässig angewandt, ohne Belang sei; ferner vereinfachte er die Nachbehandlung und führte für unheilbare Fälle seine »quere Obliteration der Scheide« ein.

Damit sind wir zu den jetzt zur Anwendung kommenden Operationsmethoden gelangt. Da eine Spontanheilung einer Blasenscheidenfistel, besonders bei den Blasencervixfisteln infolge der physiologischen Involution des Uterus, verhältnismässig gar nicht so selten ist, so soll man das Zustandekommen einer solchen Heilung abwarten und dieselbe mit allen Mitteln, die einem zu Gebote stehen, so lange noch Granulationen und narbige Schrumpfung bestehen, zu fördern versuchen. Es ist daher der auf eigene günstige Beobachtungen gegründete Hinweis des C. P. Noble [1]) auf die alte Anwendung des Dauerkatheters wohl zu beachten. Ist aber eine derartige Spontanheilung nicht mehr zu erwarten, so kommt eine blutige Operation allein noch in Frage, und der Operateur hat die Aufgabe, die zweckdienlichste Operation je nach der Beschaffenheit der Fistel auszuwählen.

Folgende Operationsmethoden stehen einem bei der Wahl zu Gebote, die man der allgemeinen Uebersichtlichkeit zuliebe nach ihrer Einteilung in vaginale, ventrale und combinierte am besten betrachtet.

Von der Vagina aus sind kleine Scheidenblasenfisteln selbstverständlich am zweckmässigsten vermittels der direkten Methode nach Simon oder Bozemann, bestehend in der Vernähung der Scheiden- und Blasenwand mit Ausschluss der Blasenschleimhaut, zu verschliessen. Bei etwas grösseren ist dieses unter Umständen unmöglich. Eine Heilung ist aber dann noch häufig dadurch zu erreichen, dass man den Verschluss der Fistel auf mehrere Sitzungen verteilt. Dieser Operationsmethode legte Karl Schmid [2]) den durchaus pas-

1) C. P. Noble, Philadelphia. Zur Heilung der Blasenscheidenfisteln. American Gynaecological and Obst. Journal, Nov. 1898.

2) Karl Schmid. Inaug.-Diss. 1896. Ueber die neueren Methoden der Blasenscheidenfistel-Operationen.

senden Namen der »successiven Operation« bei. Sie hat sich in zahlreichen Fällen als sehr zweckmässig erwiesen. Im Gegensatz zu dieser Vernähung der Fistel wird bei grösseren seit einigen Jahren der Verschluss mit gutem Erfolg durch Transplantation erzielt. Um die Ausbildung der Lappentransplantation aus dieser Indikation haben sich Duncan, Rydgier, Trendelenburg besondere Verdienste erworben. Ebenso hat Fritsch auf den direkten Verschluss verzichtet und operiert in folgender Weise. Nach einem Längsschnitt durch die Fistel löst er zwei seitliche Schleimhautlappen ab, zieht sie über dem Defekt zusammen und beseitigt so die Fistelöffnung. In den letzten Jahren haben sich besonders v. Herff, Sänger, Walcher, Winckel mit der weiteren Ausbildung dieser Methode beschäftigt. Die dabei in Betracht kommenden Verschiedenheiten sind nicht bedeutend und liegen in der verschiedenen Ausführung der Narbenspaltung nebst Narbenexcision und in der Lappenbildung.

Lange Zeit waren dies die einzigen Methoden, und die Fisteln, die nicht auf diesem Wege geheilt werden konnten, verfielen als unheilbare der gefährlichen Colpokleisis. In Anbetracht der Schwere des Gebrechens kamen dann mit der Zeit eingreifendere Verfahren auf, mit denen man ganz enorme Defekte von der Scheide aus zur Heilung bringen konnte. Besonders verdient die Follet-Wölfler-Champneys'sche Operationsweise Erwähnung, die in den schwierigen Fällen, wo der Cervix teilweise mitzerstört ist, häufig mit gutem Erfolg angewandt werden kann. Sie besteht in der Hauptsache in der isolierten Vernähung der Blasen- wie der Scheidenwand nach Loslösung der Blase vom Cervix. Wenn auch Jobert schon eine Umschneidung der Portio in

einem Fall angegeben hat, so kann man mit Klien [1]), dessen Ansicht auch Neugebauer teilt, wohl annehmen, dass der von Jobert in sehr unklarer Weise angegebene Schnitt mit der eben erwähnten, auch als Walcher'sche bezeichneten Methode nichts gemein hat, sondern nur als ein Hilfsschnitt zur besseren Herabziehbarkeit des Uterus zu betrachten ist. Diese Champneys'sche Methode hat v. Herff [2]) in der Weise verbessert, dass er mit der dünnen Blasenwand eine dünne Schicht Cervixmuskulatur in Zusammenhang belässt und die Scheidenwand nicht an derselben Stelle vernäht, sondern senkrecht zu dem geführten Schnitt. Dagegen betrachtet Benckiser nach Freipräparierung die Fistel als einfache Blasenscheidenfistel und schliesst sie infolgedessen nach der alten Simon'schen Methode.

In jeder Hinsicht ideal zu nennen ist die Mackenrodt'sche Operation, die aber leider in den wenigsten Fällen wegen der Beschaffenheit der vorhandenen Fistel ausführbar ist, ein Umstand, der schon aus den wenigen Mitteilungen über diese Operationsweise in der Litteratur hervorgeht. Man führt einen Schnitt median in der ganzen Länge der vorderen Scheidenwand über die Fistel hin, löst die Scheidenwand von der Blase und näht den zwischen Blase und Scheide interponierten Uterus an die Ränder der Scheidenrinne. Gelingt es nicht, die Wunde völlig durch die Naht zu schliessen, so überzieht sich die den Defekt ausfüllende Vorderfläche des Uterus mit Granulationsgewebe und bringt denselben so zum Verschwinden.

---

1) R. Klien, München. Zwei Fälle von Blasencervixfisteln nebst Bemerkungen über die Operation dieser Fisteln. Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynäk.

2) v. Herff. Zeitschrift f. Geb., Bd. XXV.

Zu dieser Gruppe der vaginalen Operationen gehört auch die schon oben erwähnte, in letzter Zeit häufig ausgeführte Freund'sche Operation. Bei diesem Eingriff wird das hintere Scheidengewölbe eröffnet, der völlig überstürzte Uterus hervorgeholt und seine vordere und hintere wundgemachte Wand entsprechend mit der hinteren und vorderen Scheidenwand vernäht. Auf diese Weise ist in zahlreichen, sonst nicht operierbaren Fällen die Incontinentia urinae beseitigt worden, ohne dass das Befinden der Frau infolge der Operation sehr gelitten hat. Sie ist mit Recht daher als Ersatz der widerwärtigen Colpokleisis als Ultimum refugium in neuerer Zeit vorgeschlagen worden. Sie soll aber nach den oben angegebenen Mitteilungen von Romm und Kahn nur dann in Anwendung kommen, wenn alle andern Operationen als aussichtslos angesehen werden müssen, da nach einer derartigen Operation der Uterus infolge der Torsion der Blutgefässe atrophisch wird, und infolge der bald ausbleibenden Menstruation eine Conceptionsfähigkeit unmöglich ist. Anstatt mit Kugelzangen, die in dem morschen Gewebe nicht hielten, haben die erwähnten Autoren den Uterus mit Hilfe einiger durch den Uterus gelegten Ligaturen hervorgewälzt, sicherlich ein nachahmungswerter Vorschlag. Zu erwähnen ist noch, dass Freund in dem nach unten gerichteten Uteruskörper einen Keil ausschneidet und denselben behufs Bildung eines neuen Muttermundes umsäumt. Nach Romms und Kahns Ansicht ist dies ohne Belang, unter allen Umständen verwerfen sie diese Methode in Fällen, wo der Uterus schon sehr verändert und brüchig ist. Ob die Bildung eines neuen Muttermundes in allen Fällen überflüssig ist, kann man augenblicklich noch nicht entscheiden, da Fälle veröffentlicht worden sind, bei denen sich das Men-

strualblut, wenn auch spärlich, wiedereingestellt hat. Man muss daher die Beantwortung dieser Frage der Zukunft und weiteren Erfahrungen überlassen. Dass sich die seröse Fläche der ursprünglich hinteren, infolge des Stürzens aber zur Blasenwand gewordenen Uteruswand in geschichtetes Plattenepithel umwandelt, ist von Freund [1]) selber durch Untersuchungen ermittelt worden. Eine Scheidenverengerung infolge der starken Granulation der Uterusserosa nebst den wunden Scheidenwänden ist zwar bei dieser Operationsmethode nicht ganz zu umgehen, doch lässt sie sich durch geeignete Massnahmen in gewisser Hinsicht sehr einschränken.

Wenn auch diese Operation eine grosse Zukunft haben wird, so darf man doch ja nicht vergessen, dass sie für die Frau eine Verstümmelung bedeutet. Es ist daher in solchen Fällen, in denen eine Heilung von der Scheide aus nicht zu erreichen war, auch zu eingreifenderen Operationen bei der Schwere des Leidens geschritten worden, um der Frau ihre Conceptionsfähigkeit womöglich zu erhalten. Am weitesten ist auf dem Wege, dem Leiden oberhalb der Symphyse beizukommen, Dittel [2]) vorgegangen. Derselbe nimmt die Laparotomie zu Hilfe und spaltet alsdann die Plica vesico-uterina nach Ablösung der Blase vom Uterus und von der Scheide. Trotzdem sie eine sehr gefährliche Operation ist, wird sie von einigen Seiten zur Beseitigung von Blasenscheidenfisteln für berechtigt angesehen, doch möge sich jeder Operateur an das Mackenrodt'sche Urteil erinnern, bevor er zur Ausführung dieser Operation schreite: »Die Sicherheit

1) Münch. medic. Wochenschrift No. 11, 1899, pag. 370.

2) Dittel. Abdominale Blasenscheidenfistel-Operationen. Wiener klin. Wochenschrift 1893, No. 25, p. 449.

dieser Methode ist vollkommen anzuerkennen, falls die Kranke mit dem Leben davonkommt.«

Weniger gefahrvoll, als die eben erwähnte, ist der von Bardenheuer [1]) angegebene (1891) suprasymphysäre Explorativschnitt mit extraperitonealer Bloslegung und Ausschälung der Blase, bis die narbige Verbindung mit dem Uterus zum Vorschein kommt, und mit nachfolgender Durchtrennung dieser Stelle und Vernähung der Fistel. Dass derselbe leistungsfähig ist, zeigt ein von Bardenheuer selber in dieser Weise operierter und geheilter Fall einer faustgrossen Blasenscheidenfistel.

Von den Operationsmethoden, die von der Bauchwand ausgehen, hat bei weitem die meiste Anerkennung die Trendelenburg'sche [2]) gefunden. Dieselbe besteht in der Eröffnung der Blase durch einen Querschnitt dicht oberhalb der Symphyse und der späteren endovesicalen Vernähung der Fistel. Wenn auch manche grosse Fistel nach dieser Methode geheilt worden ist, so darf man die Möglichkeit einer danach entstehenden Bauchhernie nicht ausser Acht lassen. Zwar hat Trendelenburg [3]) bei einem zweiten Fall aus diesem Grunde sein Verfahren mit der Bramann'schen temporären Resektion der Symphyse verknüpft. Wenn sich diese Modifikation bei dem ersten Male auch nicht bewährt hat, so ist sie nach Trendelenburgs eigener Ansicht bei leichteren Fällen vielleicht am Platze. Ob dieselbe unter

1) Bardenheuer. Verschluss grosser Vesico-Vaginalfisteln durch Transplantation der Blasenwand. Archiv für klin. Chir., Bd. XLII, pag. 362.

2) Trendelenburg. Ueber Blasenscheidenfistel-Operationen und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle. Sammlung klin. Vorl. 1890, No. 355.

3) Deutsche med. Wochenschrift 1892, No. 23, p. 518.

gewissen Umständen ihre Berechtigung hat, müssen erneute Versuche zeigen — nach dieser Seite hin günstige Fälle in der Litteratur aufzufinden, ist mir nicht gelungen. Dagegen ist die von Wickhoff vorgeschlagene Modifikation des Trendelenburg'schen Operationsverfahrens, die von Schauta einmal ausgeführt wurde, nämlich die Kombination mit der Symphyseotomie, unbedingt zu verwerfen, da sie von der falschen Voraussetzung ausgeht, dass das Klaffen der Symphyse stets im selben Masse stattfinden müsse, wie bei Frauen in der Geburtsperiode.

Ausser diesen vaginalen und abdominalen Operationsverfahren haben noch Kombinationen, in der Mitte zwischen diesen beiden Arten stehend, ein gewisses Interesse. Von Novaro [1]) im gewissen Sinne zuerst angegeben, später aber von Fritsch [2]) (1893) durch sorgfältige Ausarbeitung zu der sogenannten ventro-vaginalen Methode erhoben, ist folgende. Nachdem die Blase bis zum Lig. arcuatum losgelöst ist — wobei auch bei der grössten Vorsicht nach Fritsch' eigener Angabe stets eine Verletzung der Blase erfolgt, die, wenn klein, von selbst heilt, wenn gross, von ihm sofort durch Naht verschlossen wird — wird nach etwa sechs Tagen, wenn die Patientin sich erholt hat und ohne Fieber ist, der Verschluss der Fistel von der Scheide aus vorgenommen. Ein allzulanges Warten nach dem ersten Operationsabschnitt ist nicht gestattet, da sonst die Blase wieder durch Narbenzug nach oben wandert. Diese Methode ist bei fixierten Fisteln, unter denen man am besten mit Schauta solche versteht, bei denen der eine Wundrand vollständig fehlt, da er durch eine dem absteigenden Schambeinaste einer oder beider Seiten

1) Novaro. Frommels Jahresberichte 1888.
2) Fritsch. Centralblatt für Gyn., Bd. XVII, 1893.

dicht aufliegende Narbenmasse ersetzt wird, sehr zweckmässig.

Eine von Schauta (1893) angegebene Methode bezweckt das gleiche und ist besonders bei fest fixierten Harnfisteln am Ramus ascendens ossis ischii oder am Ramus descendens ossis pubis angebracht. Das Verfahren beruht auf einem nach aussen vom Labium majus gelegenen Vertikalschnitt, von dem er sich, knapp am Knochen vorgehend, um den Schambeinast medianwärts herumpräpariert, eventuell bis zum Foramen obturatorium. Auf diese Weise vermeidet er im Gegensatz zu dem Fritsch'schen Verfahren ein Hineingelangen in die Blase. Aus diesem Grunde ist das eben beschriebene wohl dem Fritsch'schen Verfahren vorzuziehen.

Modifikationen der Hauptmethoden sind selbstverständlich, ausser den oben schon erwähnten in Bezug auf das Trendelenburg'sche Verfahren mit der temporären Resektion der Symphyse und mit der Symphyseotomie in mehr und minder glücklicher Weise ausgeführt worden. So hat sich Mc. Gill [1]) zur Vermeidung der Bauchbrüche bei derselben Methode anstatt der queren einer längsgerichteten Sectio suprapubica bedient; und Bond eröffnete die Blase nicht in der Quere, sondern in der Länge. Aehnlich, wie Wickhoff und Schauta vermittels der Symphyseotomie sich den Zugang zur Blase bequemer zu machen hofften, versuchte Niehaus [2]) durch temporäre osteoplastische Resektion eines Teiles der vorderen knöchernen Beckenwand dasselbe zu erreichen, was auch neuerdings ohne Kenntnis der früheren Versuche O. Samter [3]) für die schwerste Form

1) Frommels Jahresberichte 1888.
2) Schmidt'sche Jahrbücher.
3) Volkmanns klin. Vorträge. N. F. No. 175.

der fixierten Blasenscheidenfisteln, nämlich für die mit »knöchernem Fistelrand«, mehreremale mit Erfolg ausgeführt hat. Beim ersten derartigen Fall wurde am Aussenrand der grossen Schamlippe ein Schnitt direkt auf den Knochen geführt, der Knochen nach Ablösung des Periostes an den Endpunkten des Schnittes durchtrennt und, da eine einfache Zurücklagerung des Knochens nicht gelingen wollte, definitiv entfernt. Das Freimachen der adhärenten Teile von der Resektionswunde aus gelang dann leicht durch Spaltung und Lösung. Später erfolgte die Naht der Blasenwand; die Vaginalwunde blieb zunächst offen und die Resektionswunde wurde nur verkleinert und austamponiert. Den darauffolgenden Fall operierte Samter schon mit einer kleinen Aenderung, indem er sowohl die grosse und kleine Schamlippe wie die seitliche Scheidenwand, bis die Blasenwand zum Vorschein kam, quer durchtrennte. Dieser von ihm sorgfältig ausgearbeiteten Methode hat er den Namen »Resectio ischio-pubica infra-obturatoria« beigelegt und hofft, dass er die Knochenresektion bei fixierten Fisteln mit knöchernem Fistelrand bei gleichzeitig grösserem Defekte mit der Freund'schen Operation später einmal erfolgreich verbinden könne. Soviel ist bislang sicher, dass diese Knochenresektion eine grosse Uebersicht über die Blasenwand gewährt, nur frägt es sich, ob sie nicht vielleicht zu eingreifend ist, und ob sie auch stets in den Händen anderer darin nicht so geübter Operateure günstige Erfolge aufweisen wird, wie der Vater dieser Methode mit ihr zu verzeichnen hat. Ausserdem rät Samter bei Fisteln, die hoch oben im seitlichen Scheidengewölbe sitzen oder sich dahin erstrecken, während der Uterus fest fixiert ist, zur Kombination der Saenger'schen longitudinalen Perineotomie, bei welcher der Schnitt, zwischen mittlerem

und hinterem Schamlippendrittel beginnend, bogenförmig zur Mitte zwischen After und Tuber ischii verläuft, mit einem Scheidendammschnitt, der vom vorderen Ende des eben beschriebenen hintern Schnittes in gerader Linie die Scheide bis zur Fistel hin durchtrennt und so die Freilegung des paravaginalen und praevisceralen Zellgewebes gestattet. Diese Schnittführung ist nach seiner Ansicht auch als Hilfsoperation bei der Walcher'schen oder Champneys'schen Methode empfehlenswert. Czerny hat vor Samter schon etwas Aehnliches angegeben, doch ist dessen Schnitt nach dem Urteile des letzteren ein parasacraler und reicht infolgedessen weiter nach hinten als der von Samter angegebene.

Erwähnt sei noch das von Michaux mehr als Hilfsoperation angegebene ischio-rectale Operationsverfahren, das in einem Längsschnitt, daumenbreit von der Raphe des Dammes entfernt und parallel zu ihr, mit nachfolgender vorsichtiger Eröffnung der Scheide in der Mitte der lateralen Wand besteht. Durch dieses Verfahren wird die ganze vordere Vaginalwand sehr schön zugänglich gemacht. Selbstverständlich ist damit auch der Fistel leicht beizukommen, deren Verschluss man alsdann in gewohnter Weise zu erreichen versucht.

Nachdem somit die Haupttypen der bei Fisteloperationen in Anwendung kommenden Operationsmethoden nebst ihren Kombinationen und Modifikationen geschildert sind, sei es mir im Anschluss daran gestattet, über einen mir von Herrn Professor Dr Doederlein gütigst überlassenen, im Winter-Semester 1898/99 in der hiesigen Universitäts-Frauenklinik zur Behandlung gekommenen und auf besondere Weise mit Erfolg operierten Fall einer Fistula vesico-vaginalis zu berichten.

Krankengeschichte.

Chr. H....s aus B. O.A. Ob., 33 Jahre alt und ledig, wurde am 8. Dezember 1898 in die Klinik aufgenommen. Anamnese: Ihre Eltern und zwei Brüder leben und sind gesund. Sie selber will nur mit 13 Jahren einmal Lungenentzündung gehabt haben, sonst stets gesund gewesen sein. Geburten will sie zwei durchgemacht haben. Die erste vor vier Jahren: das Kind in Steisslage, Wehen zwei Tage lang, alsdann sei der Arzt gerufen worden, der sofort ohne Narkose die Extraktion ausgeführt habe. Das Kind sei während der Geburt abgestorben. Ein Dammriss dritten Grades wurde zweimal genäht. — Die zweite Geburt vor vier Wochen mit angeblich »acht Tage langen« Wehen. Da die Hebamme »der Geburt nicht mehr getraut habe«, wurde zum Arzte geschickt, der dann in Narkose das angeblich seit einigen Tagen abgestorbene Kind perforiert und alsdann die Kranioklasie ausgeführt habe. Nach einigen Tagen nach der operativen Entbindung bemerkte Patientin, dass sie das Wasser nicht mehr halten konnte, ebenso nicht weichen Stuhlgang. Einen harten Stuhlgang habe sie dagegen immer halten können.

Status praesens: Patientin ist von kräftigem Körperbau und mit einer leichten Struma behaftet. An ihrem Herzen und an ihren Lungen ist nichts Abnormes zu finden. Die Brüste der Patientin sind hängend und entleeren auf Druck Milch; das Drüsengewebe derselben ist gut entwickelt, der Warzenhof ein wenig pigmentiert. Der Leib der Patientin ist etwas aufgetrieben, aber nicht druckempfindlich. Die Beckenmessung ergiebt:

Sp. il.: 23 cm.
Christ. il.: 27,5 cm.
Troch.: 32,5 cm.
Con. ext.: 16,5 cm.

Es liegt demnach ein allgemein verengtes Becken dritten Grades vor. Der Beckenumfang beträgt 82 cm. Die ganze Gegend der grossen Labien zeigt sich infolge der steten Berieselung mit Urin stark entzündet und eczematös. Man findet einen Dammriss dritten Grades, der einige Centimeter tief in das Rectum geht. Man bemerkt einen starken Geruch nach Ammoniak. Die Vagina ist weit und zeigt sich

mit Borken besetzt. Man kann von der Scheide aus mit drei Fingern in die Blase gelangen. Die Fistel befindet sich ganz oben im Scheidengewölbe. Bei einer genauen innern Untersuchung zeigt sich, dass die ganze vordere Muttermundslippe vollständig zerstört ist, und dass der übrige Teil der Portio und des Cervix an mehreren Stellen eingerissen ist. Der Uterus ist anteflectiert. Der Harn ist trüb.

Aus diesem Befunde ging hervor, dass eine Fistula vesico-vaginalis, kompliziert mit einer Ruptura perinealis III. Grades, vorlag.

Was nun die Operation betrifft, so wurde nach einer vorausgegangenen örtlichen strengen Desinfektion der Scheide in gewohnter Weise und einer reinigenden Ausspülung der Blase am 23. Dezember 1898 zwecks leichterer Heilung der Fistel als Voroperation der eigentlichen Fisteloperation die Totalexstirpation des Uterus gemacht. Dieselbe geschah durch Herrn Professor Dr Doederlein unter Assistenz von Herrn Professor Dr Winternitz und des Herrn Dr Wunderlich. Die Aethernarkose leitete Herr Dr Hacker.

Die Patientin liegt in Steinschnittlage auf dem gewöhnlichen Operationstisch in Beinhaltern. Nachdem die Portio durch die Simon'schen Scheidenrinnen und durch Seitenhebel sichtbar gemacht worden ist, wird sie mit Haken vorgezogen; dabei blutet das Gewebe sehr stark. Die Blase wird mit den gewöhnlichen Skalpels vom Uterus losgelöst. Nachdem der Uterus vorn mit Haken herausgewälzt ist, wobei sich seine Muskulatur auch als sehr weich und brüchig erweist, werden beide Parametrien zuerst mit Klammern gefasst, alsdann durchschnitten und hierauf die Klammern durch Catgutligaturen ersetzt. Das Blasenperitoneum wird angezogen, und die Bauchhöle durch Vernähung des Peritoneums mit der vorderen, beziehungsweise hinteren Scheidenwand abgeschlossen. Nachdem jetzt die sehr grose Fistel samt Blasenschleimhaut deutlich sichtbar geworden ist, wird die Blasenschleimhaut losgelöst und die ganze Oeffnung teils durch Catgut, teils durch Silkworm provisorisch verschlossen. Nachdem eine Blasenausspülung alsdann gezeigt hat, dass die Blase verschlossen ist und ziemlich viel hält, wird eine Jodoformgazetamponade der Scheide vorgenommen. Die am Abend vorgenommene Temperaturmessung ergiebt 37,6 ° und eine Pulsfrequenz von 94.

24. XII. 1898. Patientin bleibt trocken. Urin blutig. Die Tampons werden entfernt, und der Patientin wird eine in Zwischenräumen von zwei bis drei Stunden zu wiederholende Blasenausspülung verordnet. Fieber ist nicht vorhanden.

Auch der weitere Verlauf nach der Operation ist ein vollständig befriedigender, da Patientin mit Ausnahme einer Temperaturerhöhung von 40,5°, die plötzlich am Morgen des 25. XII. 98 auftrat und ebenso rasch wieder gegen Abend verschwand, stets fieberfrei bleibt. Der Verband der Patientin wurde in der Folgezeit nie von Urin durchnässt, da dieselbe ihn in regelmässigen Zeitabständen entleerte. Da Patientin sich vollständig wohl befindet, so wird am 17. I. 1899 die Operation des Mastdarmdammrisses von Herrn Prof. Dr Doederlein in typischer Weise durch Lappenbildung vorgenommen. Es wurden zu den tiefen Nähten Catgut, zu den Damm- und Scheidennähten teils Catgut, teils Silkworm verwandt. Die Nahtwunde wird mit Airolpaste bestrichen und ein Tampon in die Scheide eingeführt. Nach Ablauf des ungestörten Heilungsprozesses wird die Patientin am 7. II. als vollständig geheilt entlassen.

Wie ich mich überzeugt habe, ist in der Litteratur ein in ähnlicher Weise operierter und geheilter Fall noch nicht beschrieben worden, und man wird sich zu einer derartig eingreifenden Operation, wie der vorliegenden, die ja eine Verstümmelung der Patientin bedingt, nur entschliessen, wenn konservativere Methoden durch die spezifischen Eigentümlichkeiten des Falles unmöglich gemacht werden. Eingedenk des Ausspruches von W. A. Freund[1]) betreffend der Einführung eines neuen Operationsverfahrens: »Wer eine neue Operationsmethode gegen eine wohlbekannte Krankheit ausführt und empfiehlt, muss nachweisen, dass die bisherigen Methoden für einzelne Fälle dieser Krankheit zu sicheren, glatten und vollkommenen Heilungen nicht ausgereicht haben. Gehört

[1]) Klin. Vorträge. N. F. No. 118. Eine neue Operation zur Schliessung gewisser Harnfisteln beim Weibe von W. A. Freund.

die neue Operation zu den verstümmelnden, dann wird dieser Nachweis zur unbedingten Pflicht . . . Es gehört heute weder besondere Geschicklichkeit noch grosser Mut dazu, auch die eingreifendsten Operationen auszuführen, und derjenige, der auf streng einzuhaltende Indikationen dringt, wird um deswillen nicht leicht in die Gefahr kommen, als Chirurg despektierlich beurteilt zu werden«, ist es notwendig, die neu eingeführte Hilfsoperation auf ihre Berechtigung zu prüfen. Es mag zweifelhaft erscheinen, ob man berechtigt ist, zur Begründung der Indikation zu der ausgeführten Operation die allgemeinen Verhältnisse der Patientin allzusehr ins Gewicht fallen zu lassen. Dieselbe lebte in schlechten Verhältnissen, war geistig sehr beschränkt und besass ein allgemein verengtes plattes Becken, das eine normale Geburt nicht zuliess. Sicherlich wird man sich in einem solchen Falle eher zur Exstirpation des Uterus unter gleichen Bedingungen entschliessen, wie bei einer glücklichen Familienmutter. Dazu kommt noch die Schwierigkeit der lokalen Verhältnisse, die grosse, schwer zugängliche Fistel, die Affektion des Uterus selbst in Gestalt des Fehlens der vorderen Muttermundslippe und zahlreicher entzündlicher Verwachsungen und Verklebungen mit der Umgebung. Von vornherein konnte man alle Operationsmethoden ausschliessen bis auf die Mackenrodt'sche, Freund'sche und die Colpokleisis. Die letztere ist aber, wie schon zu Anfang ausgeführt, dem Stande der heutigen Technik nicht mehr entsprechend und dürfte wohl durch die anderen, ein besseres Resultat gebenden Methoden gänzlich ersetzt werden. Die Mackenrodt'sche Operation musste leider ausgeschlossen werden, da es neben andern Gründen als sehr zweifelhaft, ja man darf wohl behaupten, als unmöglich erschien, den Uterus aus den zahlreichen vorhandenen festen Adhäsionen so weit

zu lösen, dass seine Beweglichkeit es erlaubte, ihn zur Deckung des Defektes zu benutzen. Zudem war, wie sich bei der Operation ergab, das Gewebe desselben so brüchig, dass bei der nicht zu vermeidenden Spannung wohl kaum die Nähte in demselben gehalten haben würden, wodurch eine Verheilung der Wundflächen sehr erschwert, ja unmöglich gemacht worden wäre. Diese selbe Erkrankung des Gewebes kontraindizierte auch die einzig noch in Betracht kommende Freund'sche Operation, die ausserdem eine verhältnismässig lange Nachbehandlung erfordert, und wenn man bedenkt, dass diese ebenfalls die Conceptionsfähigkeit nach den heutigen Erfahrungen aufhebt, so ist es nur eine theoretische Erwägung, ob man dieses Resultat auf die eine oder andere Weise herbeiführt. Die Patientin ist zur Zeit nach einem kurzen Krankenlager völlig geheilt und hat in Zukunft keine derartigen Beschwerden mehr zu erwarten, während andernfalls ausser der Möglichkeit des Wiedereintritts der letzteren auch das Heilungsresultat ein bei weitem nicht so sicheres gewesen sein würde. Wir sind also der Ueberzeugung, dass in solchen Fällen, bei denen die Fistel durch einfache Vernähung nicht zu schliessen ist, bei denen zur Unterstützung des Verschlusses der Fistel der Uterus nicht mit herangezogen werden kann, unter Berücksichtigung der allgemeinen Verhältnisse eine solche Radikaloperation berechtigt ist.

Zum Schluss entledige ich mich der angenehmen Pflicht, Herrn Professor Dr Doederlein für die Ueberlassung dieser Arbeit und für ihre Durchsicht und Herrn Professor Dr Winternitz für die liebenswürdigen Ratschläge bei Abfassung der Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur-Verzeichnis.

Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie. 1897.

Pozzi, Lehrbuch der klinischen u. operativen Gynäkologie. Deutsche Ausgabe von Dr. med. Ringier. 1892.

Winckel, Frauenkrankheiten.

K. Schmid, Inaug.-Dissert. 1896. Ueber die neueren Methoden der Blasenscheidenfisteln.

J. Gerhard, Inaug.-Dissert. 1896. Ueber Blasen-Cervixfisteln mit besonderer Berücksichtigung eines in der Greifswalder gynäkologischen Klinik beobachteten Falles.

W. Plassmann, Inaug.-Dissert. Ueber Urogenitalfisteln. Berlin, Dez. 1898.